

日医総研ワーキングペーパー

民間第三分野保険における現物給付型 保険と高額療養費制度および先進医療 について

No. 283

2013年5月24日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

民間第三分野保険における現物給付型保険と

高額療養費制度および先進医療について

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

公益社団法人日本医師会 総合医療政策課

キーワード

- ◆ 生命保険
- ◆ 第三分野保険
- ◆ 現物給付型保険
- ◆ 実損填補型保険
- ◆ 直接払い
- ◆ 高額療養費制度
- ◆ 保険外併用療養
- ◆ 評価療養
- ◆ 選定療養
- ◆ 先進医療
- ◆ 差額ベッド

ポイント

- ◆ 民間生保から、現物給付型保険の提案があるが、将来、民間第三分野保険で現物給付が認められれば、民間保険が現物給付である公的医療保険と競合する可能性がある。
- ◆ 国民は公的医療保険とのバランスを踏まえて民間生保に加入していると思われるので、新商品が上市されても、過度に民間保険に依存することはないだろう。しかし、民間生保に加入できる高所得者層とそうでない層との格差が拡がること、ひいては公的医療保険が揺るがされることを完全には否定できない。
- ◆ 日本では国民皆保険という土台の上に、公的医療保険と民間保険が共存してきたのではないだろうか。民間保険への過度の依存を抑止している仕組みが、高額療養費制度であり、保険外併用療養であると考えられる。これらの仕組みを維持、拡充する努力をつづけるとともに、国民にじゅうぶん周知し、理解してもらう必要がある。

目 次

1. はじめに	1
2. 第三分野保険の現状	2
2.1. 定義.....	2
2.2. 経緯.....	3
2.3. かんぽ生命との関係.....	4
2.4. 市場の動向（生命保険会社）	5
3. 現物型給付保険と直接払い	13
3.1. これまでの議論.....	13
3.2. 提案の背景.....	15
3.3. 今後の展開.....	16
4. 公的医療保険の高額療養費制度と先進医療等	18
4.1. 高額療養費制度.....	18
4.2. 先進医療（保険外併用療養）	22
4.3. 差額ベッド.....	26
5. おわりに	28
6. 参考文献	30

1. はじめに

2012年6月、金融庁金融審議会「保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ」で、生命保険分野の新品として現物給付型保険と直接払いの提案があった。現物給付型保険の対象として想定されているのは、公的介護保険の給付範囲を超える上乘せ・横出しサービス¹などである。現在、民間生命保険会社が販売しているいわゆる第三分野と呼ばれる医療保険は現金給付である。現物給付型保険が民間第三分野保険でも認められれば、民間保険が現物給付である公的医療保険と競合することになる。

日本では国民皆保険であるが、多くの国民が民間保険にも加入している。国民皆保険という土台があるからこそ、公的医療保険と民間保険が共存できているのではないだろうか。国民皆保険を堅持し、将来も民間保険と共存していくためにはどうしたら良いのだろうか。そのことを検討する第一歩として、現状の公的医療保険と民間保険の関係を確認してみたい。

¹ 以下、「平成17年版 厚生動労白書」から抜粋 <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/> 介護保険により受けることができるサービスについて、サービスの給付は要介護度ごとに保険給付の支給限度基準額が設けられ、その範囲内で利用されたサービスについて給付が行われる仕組みとなっているが、市町村は条例によって支給限度基準額を上回る額を支給限度額として設定でき（上乘せサービス）、さらに、条例によって給食サービス、移送サービス、理髪サービスなど保険給付の対象外のサービスを市町村独自の保険給付として実施することもできる（横出しサービス）。

2. 第三分野保険の現状

2.1. 定義

生命保険、損害保険については、かつて独立した保険法はなく、商法に位置づけられていた。

生命保険は年金保険や死亡保険など人の生存又は死亡に関して保険金を支払う保険、損害保険は火災保険や自動車保険など偶然事故により生じる損害をてん補するための保険である²。

このいずれにも該当しない医療保険、介護保険、がん保険などの、人が疾病や傷害の治療を受けたことやそれらを原因とする人の状態などを事由として保険金を支払う保険が第三分野保険と呼ばれてきた³。

現在の保険法は 2008 年 6 月に公布、2010 年 4 月に施行され、損害保険、生命保険、傷害疾病定額保険（第三分野保険）に区分されている。また保険業法では、いわゆる第三分野保険は次のように規定されている。

第三分野保険（保険業法第 3 条（要約））

次に掲げる事由に関し、一定額の保険金を支払うこと又はこれらによって生ずることのある当該人の損害をてん補することを約し、保険料を収受する保険

- イ 人が疾病にかかったこと
- ロ 傷害を受けたこと又は疾病にかかったことを原因とする人の状態
- ハ 傷害を受けたことを直接の原因とする人の死亡
- ニ イ又はロに掲げるものに類するものとして内閣府令で定めるもの
- ホ イ、ロ又はニに掲げるものに関し、治療を受けたこと

² 金融庁ホームページ「金融早わかり Q&A」<http://www.fsa.go.jp/qanda/hoken/01.html>

³ 「平成 7 年版 厚生白書」

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199501/b0077.html>

2.2. 経緯

1965年に大蔵省（当時）が、損害保険、生命保険のどちらにも該当しない保険の調整を行い、1966年以降、第三分野保険が「特約」という形で発売されてきた⁴。

1974年には、アメリカンファミリー生命保険会社（以下、アフラック）が、日本で初めてのがん保険を発売した⁵。アフラックによると、日本進出に際して、複数の生命保険会社に提携を打診したが、「日本ではまったく無名の存在だったこと、がんは“不治の病”と恐れられ、その話題すら避けたがる風潮だったことなどもあり、いずれの会社もがん保険への関心は低く、提携交渉はすべて不調に終わり」、アフラック単独で発売した⁶。

この後、大蔵省は国内生保のがん保険商品を認めず、がん保険は外国生保の独占状態にあった。大蔵省が国内生保に対してがん保険の販売を認可したのは1982年のことである⁷。

1992年、金融庁保険審議会が「生損保本体での幅広い取扱いを可能とすることが適切である」⁸と答申して保険業法の見直しが進められた。このとき、国内損保が、がん保険を取り扱うことができる規制緩和が実現するかと思われたが、1994年に日米包括経済協議の一環として開催された日米保険協議において、米国が規制緩和に反対した⁹。

1995年5月の改正保険業法成立後も、第三分野保険についての日米間の協議はつづき、2001年まで激変緩和措置をとることになった¹⁰。国内損保子会社が第三分野保険に参入できるようになったのは2001年1月、国内損保親会社が参入できるようになったのは2001年7月である¹¹。そしてこの後、米国生

⁴ 既出「平成7年版 厚生白書」

⁵ アフラックホームページ http://www.aflac.co.jp/corp/aflac/aflac_development.html

⁶ アフラックホームページ「アフラックの軌跡」より <http://www.aflac.co.jp/ikiru/locus/prologue.html>

⁷ 1982年3月10日 日本経済新聞。国内生保はじめての「がん保険」は東邦生命が発売。

⁸ 「平成7年版 厚生白書」<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199501/b0077.html>

⁹ 「アメリカ合衆国政府及び日本政府による保険に関する措置」1994年10月11日

http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/usa/keizai/framework/pdfs/insurance_9410_j.pdf

¹⁰ 「日本国政府及びアメリカ合衆国政府による保険に関する補足的措置」1996年12月24日

http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/usa/keizai/framework/pdfs/insurance_9612_j.pdf

¹¹ 金融庁「生命保険会社・損害保険会社による第三分野への相互参入について」2000年10月13日

<http://www.fsa.go.jp/news/newsj/hoken/f-20001013-4.html>

保は日本の第三分野保険のシェアを少しずつ失うことになる（後述）。

2.3. かんぽ生命との関係

2007年、株式会社かんぽ生命が発足した¹²。かんぽ生命は限度額規制があるため、実質的に「がん保険」に参入できていない¹³。このため、かんぽ生命は、限度額の規制緩和を求め¹⁴、日本生命と提携し第三分野保険（がん保険）の開発にも着手していた¹⁵。

しかし日本の TPP 交渉参加にむけ、米国はかんぽ生命の新商品上市に反対し、「日本郵政と民間企業の間に対等な競争条件が確保されるまで、日本郵政によって新規商品等が導入されるべきではない」と主張した¹⁶。2012年4月に開催された日米首脳会談においても、オバマ大統領から保険についての関心が示され¹⁷、その直後の2012年5月、日本郵政株式会社社長は子会社のかんぽ生命を当面がん保険に参入させない方針を表明した¹⁸。

2013年3月、日本は TPP 交渉参加を表明した¹⁹。そして同年4月12日、政府はかんぽ生命に対し、新たながん保険ほか単品医療保険商品の認可を行わないことを発表した²⁰。

¹² 2006年9月 株式会社かんぽ設立（かんぽ生命の準備会社）設立。2007年10月 株式会社かんぽ生命保険へ商号変更。

¹³ 「かんぽ生命は限度額規制があるため、最大で1,300万円までしか死亡保障が提供できない」ため、「お客さまのニーズへの対応ができない」。2011年1月7日、日本郵政株式会社社長会見より。

http://www.japanpost.jp/publication/2011/0107_001.html

¹⁴ 株式会社かんぽ生命「第三分野商品（がん保険）の限度額規制に関する政令改正要望について」2009年3月19日、<http://www.jp-life.japanpost.jp/aboutus/press/archives/pdf/pr090319.pdf>

¹⁵ 「かんぽ生命の現状2012」17頁

http://www.jp-life.japanpost.jp/aboutus/disclosure/pdf/2012/disc12_all.pdf

¹⁶ 内閣官房「TPP協定交渉の現状（説明資料）平成25年2月」7頁

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkkaigi/dai3/sankou1.pdf>

¹⁷ 外務省「日米首脳会談（概要）」2012年5月1日（首脳会談は4月30日）

http://www.mofa.go.jp/mofaj/kaidan/s_noda/usa_120429/pmm.html

¹⁸ 2012年5月9日、朝日新聞デジタル

¹⁹ 2013年3月15日、安倍内閣総理大臣記者会見

http://www.kantei.go.jp/jp/96_abe/statement/2013/0315kaiken.html

²⁰ 2013年4月12日、麻生財務大臣記者会見

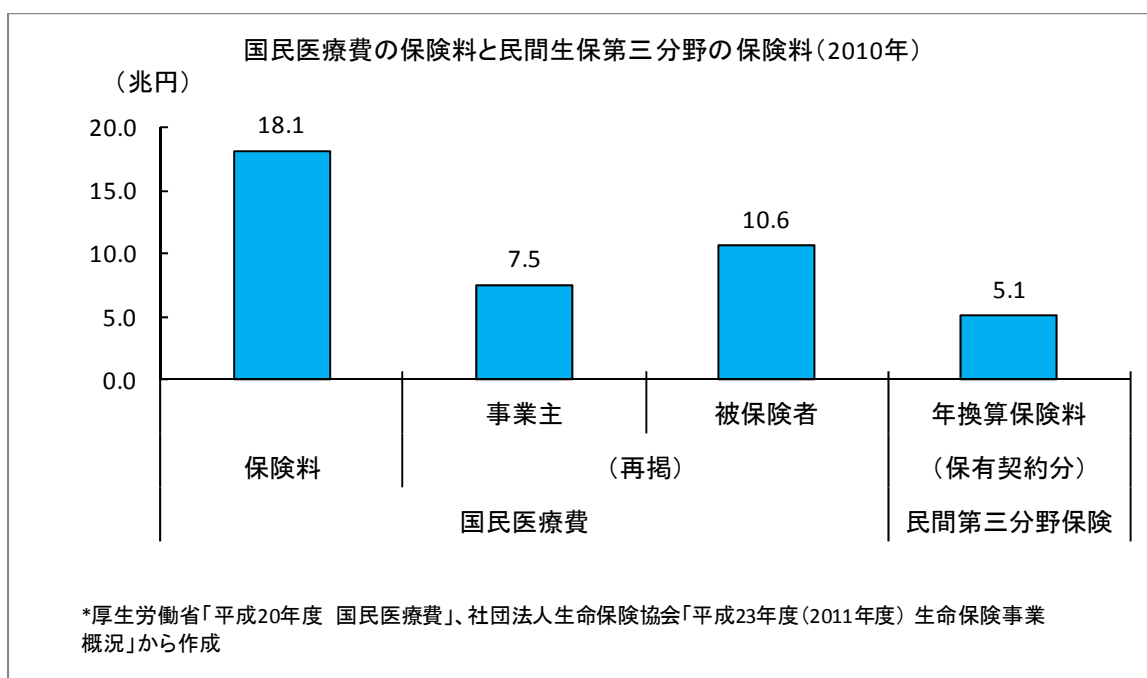
http://www.mof.go.jp/public_relations/conference/my20130412.htm

2.4. 市場の動向（生命保険会社）

以下、生命保険会社の保険料等を示した。現在は、損害保険会社も第三分野保険を販売しているが、以下のデータには損保会社分は含んでいない。

2010年度に、公的医療保険制度の下で支払われた保険料は18.1兆円である。これに対して民間生保第三分野保険²¹の年換算保険料は5.1兆円である（図2.4.1）。

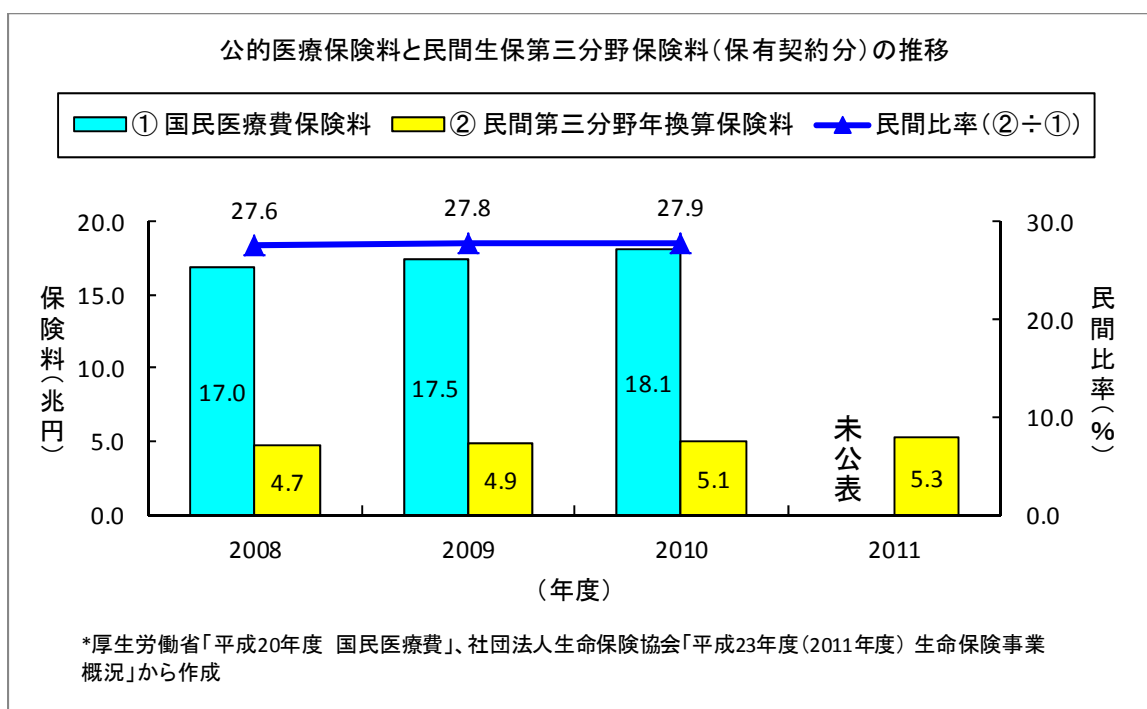
図 2.4.1 国民医療費の保険料と民間生保第三分野の保険料



²¹ 医療保障給付（入院給付、手術給付等）、生前給付保障給付（特定疾病給付、介護給付等）、保険料払込免除給付（障害を事由するものは除く。特定疾病罹患介護等を事由とするものを含む）等に該当する部分。

民間生保第三分野保険の年換算保険料は、国民医療費の財源である保険料に対して 2010 年度には 27.9%であり、その比率は微増傾向にある（図 2.4.2）。このほかに損害保険会社も第三分野保険を販売しているので、民間保険料の比率がさらに高いことは確実である。

図 2.4.2 公的医療保険料と民間生保第三分野保険料の推移



次頁は、民間生保と公的医療保険（国民健康保険の例）の収支の比較である（表 2.4.1）。

公的医療保険では収入（保険料、国庫支出金等）の約 7 割が保険給付費に充てられているが、民間生保では、解約返戻金、責任準備金²²などの支出もある、また、民間生保では、広告宣伝費などを含む販売費・一般管理費に相当する事業費の割合が高い。

²² 責任準備金：責任準備金は、将来の保険金・年金・給付金の支払いに備え、保険業法で保険種類ごとに積み立てが義務付けられている準備金。

社団法人生命保険協会「生命保険会社のディスクローチャー〜虎の巻 2011年版」より。

表 2.4.1 民間生命保険と国民健康保険の収支の比較

民間生命保険(2011年度)

	金額 (兆円)	構成比 (%)
保険料	36.3	71.1
うち個人保険	22.7	44.6
資産運用収益等	14.7	28.9
経常収益	51.0	100.0
保険金・年金・給付金	23.1	45.3
うち個人保険	6.3	12.3
保険金	4.3	8.5
死亡保険金	2.1	4.1
災害保険金	0.1	0.1
高度障害保険金	0.2	0.4
満期保険金	1.9	3.7
その他	0.0	0.1
年金	0.2	0.4
給付金合計	1.8	3.5
死亡給付金	0.1	0.1
入院給付金	0.6	1.3
手術給付金	0.3	0.7
障害給付金	0.0	0.0
生存給付金	0.5	1.1
一時金	0.0	0.0
その他	0.2	0.4
解約返戻金等	8.1	15.9
責任準備金等繰入額	9.4	18.5
資産運用費用	1.9	3.7
事業費・その他経常費用	5.9	11.6
経常費用	48.4	95.0
経常利益	2.6	5.0

年換算保険料(保有契約)

	金額 (兆円)	
個人保険	16.0	/
うち第三分野	5.3	

*出所:社団法人生命保険協会「生命保険の動向(2012年版)」

国民健康保険(2010年度)

	金額 (兆円)	構成比 (%)
保険料	3.4	25.3
国庫支出金	3.6	26.5
前期高齢者交付金	2.7	20.0
その他	3.8	28.2
単年度収入	13.6	100.0
保険給付費	9.3	68.5
後期高齢者支援金	1.6	11.7
前期高齢者納付金	0.1	0.4
介護納付金	0.7	5.1
保険給付費等計	11.7	85.7
共同事業拠出金	1.4	10.6
保健事業費	0.1	0.8
総務費	0.2	1.7
事務費拠出金	0.0	0.0
事業費・総務費等計	0.3	2.5
その他	0.2	1.1
単年度支出	13.6	100.0
単年度収支差	-0.0	-0.0

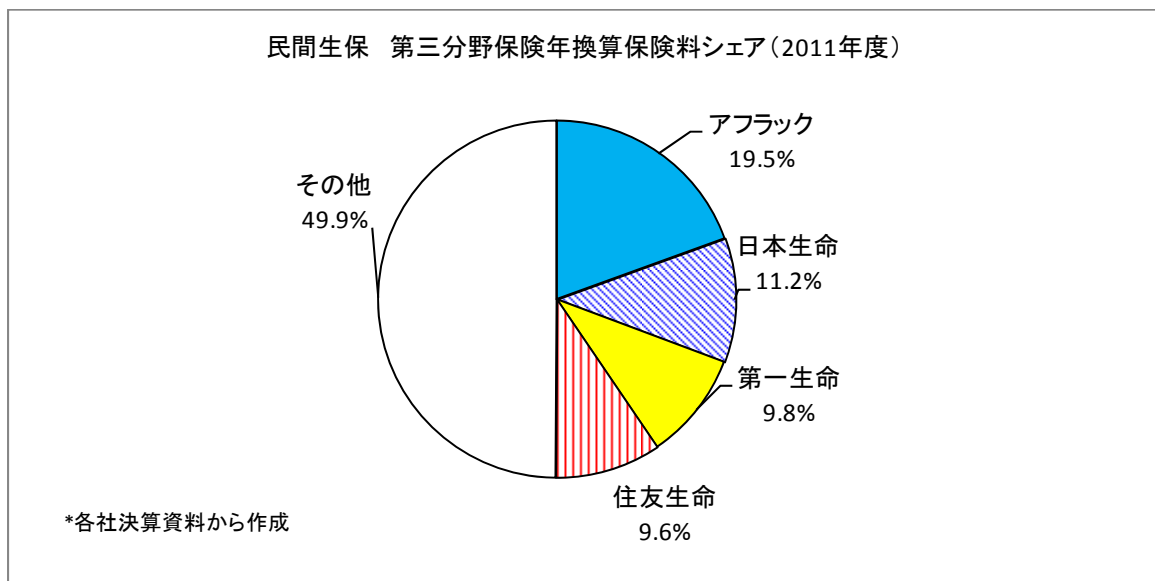
*出所:厚生労働省「平成22年度 国民健康保険事業年報」

第三分野保険年換算保険料のシェアは、アフラックが 19.5%である（図 2.4.3）。アフラックは、日本市場で収入（保険料収益）の 76.7%、利益（税引前利益）の 80.2%をあげている企業である²³。

アフラックにつづいてシェアが高いのは国内大手生保である。さらにメットライフアリコ²⁴、ジブラルタ生命²⁵がつづいている（図 2.4.4）。

年換算保険料全体に占める第三分野保険料の割合が高いのは、外国生保につづいて、日本の新興生保である²⁶（図 2.4.5）。

図 2.4.3 民間生保 第三分野保険年換算保険料シェア



²³ アフラック「2011年 年次報告書」<http://www.aflac.co.jp/corp/report/disclosure/pdf/inc/2011.pdf>

²⁴ 2012年4月に日本法人を設立。それまでは米国本社の日本支店。

²⁵ プルデンシャル・ファイナンシャル・インク傘下

²⁶ アイリオ生命：2008年設立、2013年4月に楽天生命に社名変更。オリックス生命；1991年にオリックス・オマハ生命保険株式会社として設立。ライフネット生命：2008年設立。ネクスティア生命：2008年 SBI アクサ生命保険株式会社として設立、2010年にネクスティア生命に社名変更、2013年5月にアクサダイレクトに社名変更。

図 2.4.4 民間生保 第三分野年換算保険料—上位10社—

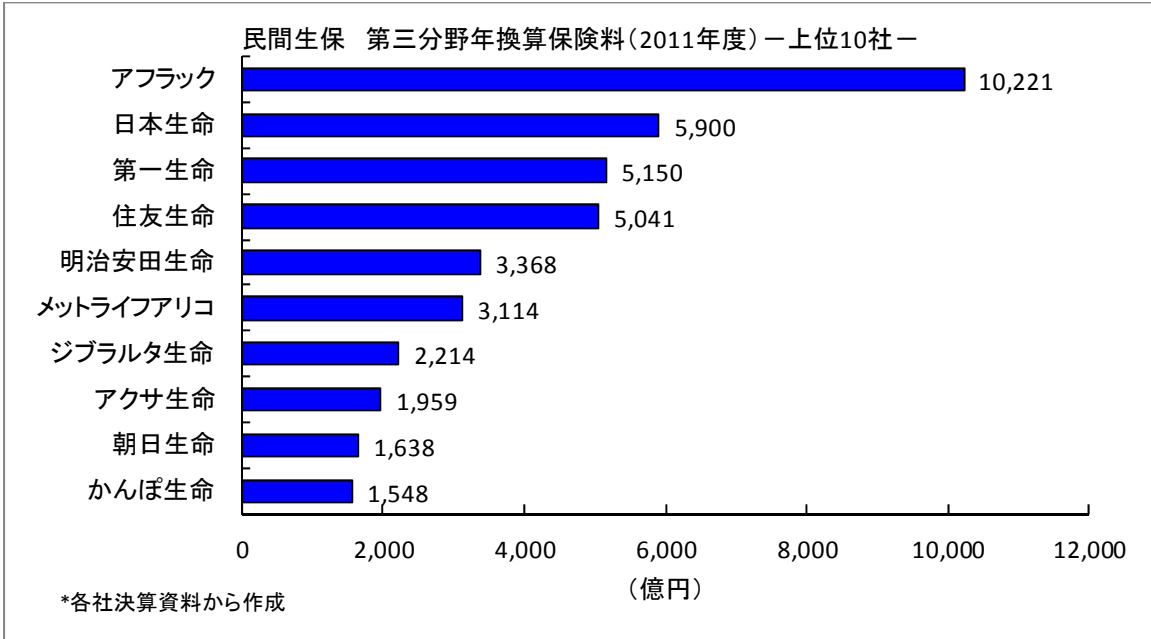
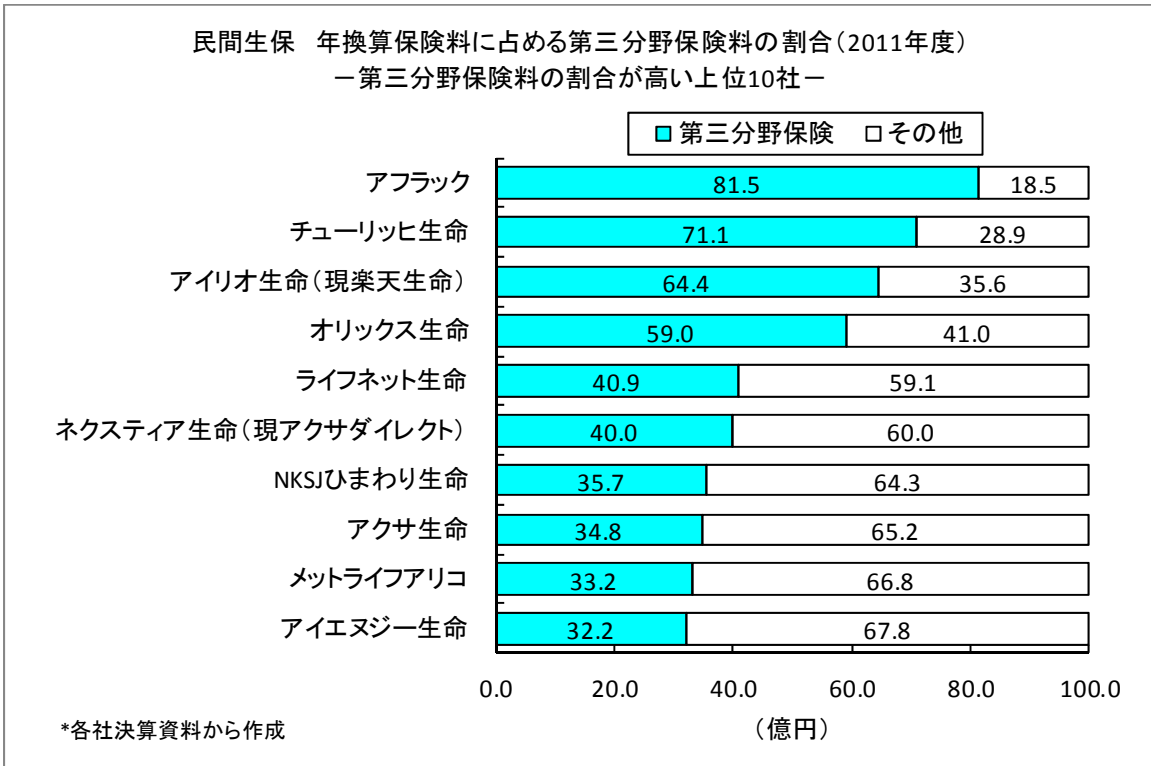


図 2.4.5 民間生保 年換算保険料に占める第三分野保険料の割合



医療保険・がん保険に着目すると、新規契約件数は、2009年に国内生保大手が看板商品的な新商品を発売するなどして医療保険の契約が一時伸びたが、その後はやや頭打ちである（図 2.4.6）。

図 2.4.6 医療保険・がん保険の新規契約件数の推移

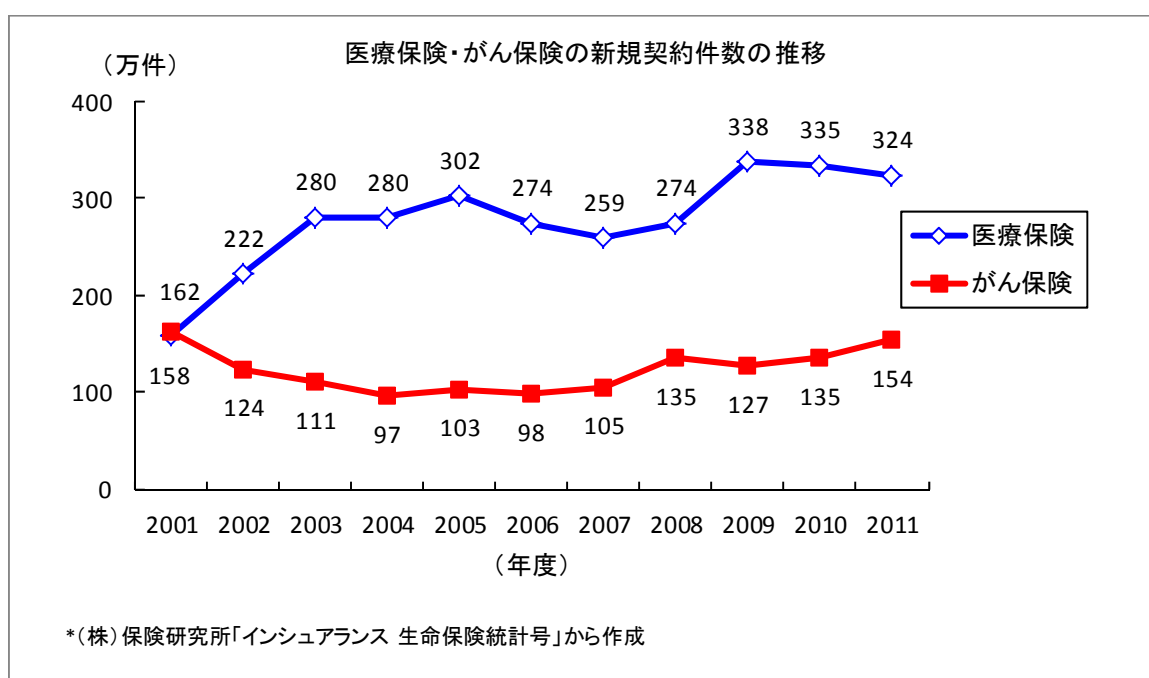


表 2.4.2 医療保険とがん保険の大きな違い

医療保険	がん保険
<ul style="list-style-type: none"> - 疾病・災害入院給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 1回の入院につき最高60日まで、病気・ケガそれぞれ通算1,095日まで - 手術給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 回数無制限(ただし一連の手術については14日間に1回まで) ・ 重大手術(悪性新生物に対する開頭・開胸・開腹手術など)は回数無制限 - 放射線治療給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 回数は無制限(複数回受けた場合、施術の開始日から60日に1回限り) - 先進医療一時金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 1年間に5回まで 	<ul style="list-style-type: none"> - 入院給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ がん(悪性新生物)・上皮内新生物の治療目的で入院したとき ・ 日数無制限・1日目から - 通院給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ がん(悪性新生物)・上皮内新生物の治療目的で所定の通院をしたとき ・ 三大治療(手術・放射線・抗がん剤治療)による通院は日数無制限・往診も含む - 診断給付金 <ul style="list-style-type: none"> ・ 初めてがん(悪性新生物)・上皮内新生物と診断確定されたとき ・ 1回限り

*医療保険はアフラック「新EVER」(ベースプラン)、がん保険は同「生きるためのがん保険Days」(基本保障)の例

がん保険では、アフラックのシェアが突出して高いが、年々シェアが低下している（図 2.4.7, 図 2.4.8）。

図 2.4.7 がん保険保有契約件数シェア

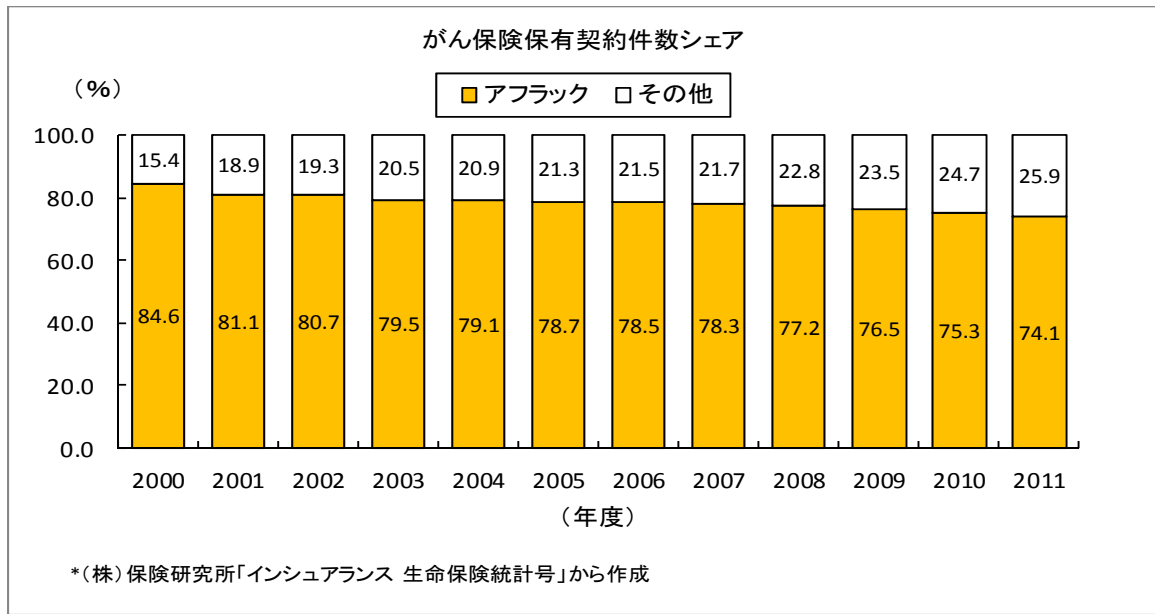
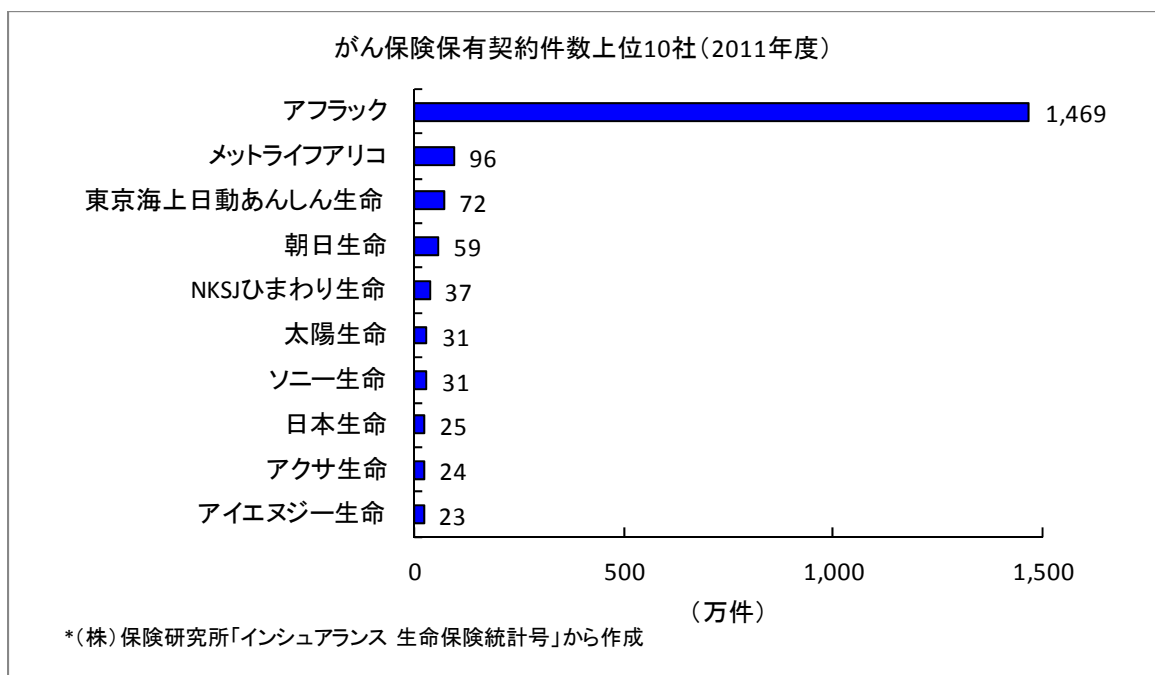


図 2.4.8 がん保険保有契約件数上位 10 社（2011 年度）



3. 現物型給付保険と直接払い

3.1. これまでの議論

1985年、金融庁保険審議会が「新しい時代に対応するための生命保険事業のあり方」について、高齢化社会においては、高齢者への健康、介護、住宅等のサービスの提供が重要な課題となるとして、「年金・医療保険の仕組みの応用により、現物給付とのリンクを含めた積極的な対応を図るべき」と答申した²⁷。

2007年8月、法務省法制審議会保険法部会が「中間試案」²⁸をとりまとめ、損害保険や生命保険の損害補てんの方法として保険金だけでなく、現物給付も可能にすることを提案した。

これを受けて、金融庁金融審議会 保険の基本問題に関するワーキング・グループで検討を進めたが、同グループは2008年1月にとりまとめた報告書の中で、価格変動リスクにさらされるリスクがあること等から、現物給付保険の導入を見送った²⁹。

2012年6月、金融審議会 第1回保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループが開催され、オブザーバー（明治安田生命）から、現物給付型保険と直接払いについての提案があった³⁰。

- 現物給付型保険

現物給付型保険の例として介護保障保険が提案された。具体的には有料老人ホームの入居権付与、介護サービス（上乘せ・横出しサービス）が挙

²⁷ 「戦後の保険事業と保険行政の歩み」財政金融統計月報第431号、1988年3月

https://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou/g431/431_c.pdf

²⁸ 法制審議会「保険法の見直しに関する中間試案」2007年8月8日

<http://www.moj.go.jp/content/000012540.pdf>

²⁹ 「金融審議会金融分科会第二部会 保険の基本問題に関するワーキング・グループ報告（案）～ 保険法改正への対応について～」2008年1月16日

http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/dai2/siryou/20080116/01.pdf

³⁰ 金融審議会 第1回 保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ（2012年6月7日）生命保険協会説明資料

http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/hoken_teikyousiryou/20120607/04.pdf

げられている。これ以外にも、人間ドック受診サービスも挙げられており、医療分野も視野に入っているのではないかと考えられる。

- 直接払い

保険会社が医療機関に直接給付金を支払うスキームが提案された。そのメリットは、「キャッシュレス化により、一時的な資金負担の回避が可能となることから、比較的高額な医療費がかかる治療や全額自己負担となるような自由診療であっても、受取人は自分が希望するサービスを受けることが容易になる」³¹ことである。ここから、先進医療、自由診療をターゲットにしていることがうかがえる。

なお、金融庁は、保険会社からサービス提供者への保険金直接支払サービスは、保険受取人等の同意があれば特段禁止されるものではないとの認識を示している³²。

2013年5月、保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループは、報告書「新しい保険商品・サービス及び募集ルールのあり方について」をとりまとめた³³。そこでは、直接支払サービスは、現在も法令上、特段禁止されていないことから、これが可能であることを明確化すること、現物給付の解禁については将来の検討課題とすることが示された。

³¹ 金融審議会 第6回 保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ（2012年11月12日）生命保険協会説明資料8頁

http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/hoken_teikyousiryou/20121112/02.pdf

³² 金融審議会 第13回 保険商品・サービスの提供等の在り方に関するワーキング・グループ事務局説明資料, 2013年4月4日

http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/hoken_teikyousiryou/20130404.html

³³ http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/hoken_teikyousiryou/20130517/01.pdf

3.2. 提案の背景

現物型給付保険および直接払いが提案された背景には、第一に、外国生保も含め、新商品の上市を梃子に市場を拡大させたいという意図があると考えられる。第三分野保険は全体では市場が拡大しているが、医療保険、がん保険の新規契約はそれほど伸びおらず、人口減少社会にあつては、個人保険商品の市場拡大は期待できない。生保会社の競争は激化し、また、新たな市場を開拓しない限り、TPP との関係から、かんぽ生命ががん保険単品に参入できることもないだろう。

第二に、現物給付型保険については、介護サービスを対象とすることを想定した提案であったが、生保・損保会社は、健康・福祉関連事業に参入できるようになっており³⁴、有料老人ホームを運営しているところもある（表 3.2.1）。これらの介護事業を対象に新たな保険を発売すれば、顧客を囲い込むことができ、シナジー効果をあげることができる。

表 3.2.1 生保・損保大手の介護事業

日本生命	公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団(日本生命保険相互会社と社会福祉法人聖隷福祉事業団の共同事業として1989年に設立)が有料老人ホームなどを運営 http://nissay-seirei.org/
第一生命	(株)第一生命ウエルライフサポートが訪問介護・居宅介護支援事業を行っていたが、2008年に(株)学研ココファインに譲渡。なお同社は、2009年に第一生命の他の子会社と合併。 http://www.dai-ichi-life.co.jp/company/news/pdf/2008_054.pdf http://www.cocofump.co.jp/080801daiichiseimei.pdf
明治安田生命	(株)サンビナス立川で有料老人ホームを運営 http://www.meijiyasuda.co.jp/profile/news/release/2012/pdf/20130301_1.pdf
東京海上グループ	東京海上日動サミュエル(株)が有料老人ホームを運営 http://www.hyldemoer.com/company/
三井住友海上火災保険	三井住友海上ケアネット(株)が有料老人ホーム等を運営 http://www.msk-carenet.com/docs/index.html

³⁴ 「戦後の保険事業と保険行政の歩み」 財政金融統計月報第 551 号, 1998 年 3 月
https://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou/g551/551_c.pdf

3.3. 今後の展開

民間の医療保険やがん保険は一般的には定額給付であるが、現物給付型保険は、費用に応じて給付が変動するものでなくてはならない。損保会社からはすでにそうした「実損填補型保険」が発売されている³⁵。

- セコム損保 自由診療保険メディコム（新ガン治療費用保険）³⁶
がん治療費を実額補償。自由診療や先進医療など、健康保険適用外の治療も実額を補償する。自由診療による治療は、セコム協定病院およびセコムが認めた医療機関が対象である。
- SBI 損保 がん保険（自由診療タイプ）³⁷
がんの治療でかかった入院治療費（公的診療、先進医療、自由診療）を無制限に保障。自費診療の場合、事前に診療計画書の提出と同社での確認が必要である。

将来、生保会社でも現物給付型保険が解禁されたり、現在の実損填補型保険と直接払い方式が組み合わせられたりすれば、被保険者から見ると、公的医療保険と変わらない仕組みになり、窓口負担の心配なく医療機関を受診できる。保険に加入できる高所得者は、先進医療（後述）や高額な自由診療も受けやすくなる。

しかし民間保険において、かかった医療費に連動する現物給付型保険が実現した場合、次のような懸念もある。

- ① 先進医療等は民間保険で受けるというケースが増えると、国としては公的医療保険に、先進医療等を収載しようとするインセンティブが働きにく

³⁵ 株式会社アドバンスクリエイト「保険市場」のサイトで検索した。

<http://www.hokende.com/static/iryuu/>

³⁶ 「自由診療保険メディコムホームページ」より <http://www.medcom.jp/>

³⁷ がん保険のSBI損保<公式サイト>より <http://www.sbsonpo.co.jp/gan/>

くなる。しかしながら民間保険に加入できるのは一部の高所得者であり、所得によって受けられる医療に格差が生じる。

- ② 保険者としては、リスクの少ない若年層かつ高所得者を被保険者とすれば、保険料を安くすることができる。そうになると若年高所得者層が、公的医療保険から離脱する。
- ③ 保険商品として成立させるためには、価格変動リスクを抑える必要があり、保険会社は特定の医療機関と提携し、治療内容をコントロールする。医療機関は格付けされ、自由診療しか行わなくなったり、一方では淘汰されたりして、フリーアクセスを阻害する。

国民がリスク軽減のために民間保険に加入しようとすることは理解できる。国民のニーズの応じた保険商品があってもよいだろう。しかし、そのニーズが次に述べる高額療養費制度や保険外併用療養についての情報不足や理解不足によるものであるなら問題である。高額療養費制度や保険外併用療養を確実に維持していくと同時に、国民への周知も必要である。

4. 公的医療保険の高額療養費制度と先進医療等

4.1. 高額療養費制度

公的医療保険下での医療費は、若年世代の場合 3 割負担であるが、高額になる場合もあることや、医療費負担だけでなく入院中の生活保障等のために、民間保険に加入する国民が多い。

高額な自己負担を軽減するために、公的医療保険には高額療養費制度がある。高額療養費制度は、自己負担を一定額までとする制度であり、窓口自己負担が、歴月で一定額を超過した場合、超過分が現金で支給される（表 4.1.1）。現在は現物給付化されており、窓口では限度額分を支払えば良い³⁸。

個人負担が負担上限額を上回った場合には同一世帯で合算でき、また 1 年のうち 3 回以上高額療養費制度に該当する場合には、さらに上限額が引き下がる。2008 年度には、医療費（自己負担）と介護費（利用者負担）を合算して上限額を設ける「高額医療・高額介護合算制度」が創設されている（限度額は加入する医療制度や所得、年齢によって異なる）。

³⁸ 70 歳未満の場合には、保険者から事前に認定証の発行を受ける必要がある。

表 4.1.1 高額療養費制度の概要

いずれも入院時の食費負担や差額ベッド代等は対象外

70歳以上

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額 ※3)
現役並み所得者 ※1)		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税非課税)	Ⅱ (Ⅰ以外)	8,000円	24,600円
	Ⅰ ※2)		15,000円

※1) 月収28万円以上などの窓口負担3割の方
 ※2) 年金収入のみの方の場合、年金受給額80万円以下など、総所得金額がゼロの方
 ※3) すべての自己負担分を世帯合算できる

70歳未満

所得区分	1か月の負担の上限額 ※5)
上位所得者 ※4)	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
低所得者(住民税非課税)	35,400円

※4) 月収53万円以上の方など
 ※5) 自己負担2万1千円以上は世帯合算できる

【多数回該当】
 直近12か月に、すでに3回以上高額療養費の支給を受けている場合の当該月の負担上限

70歳以上(一般、低所得者については適用なし)

現役並み所得者	44,400円
---------	---------

70歳未満

上位所得者	83,400円
一般	44,400円
低所得者(住民税非課税)	24,600円

*出所: 厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ」ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken13/dl/100714a.pdf>

胃がん（胃の悪性新生物）の場合、平均的な入院費用から計算した3割負担の場合の自己負担は約35万円であるが、高額療養費制度があるので実際の負担は約9万円になる（表4.1.2）。このほかの高額医療についても、1か月当たりの自己負担はおおむね8万円台である。

表 4.1.2 高額療養費制度の下での自己負担（新生物の例）

70歳未満の一般所得者の例

入院日数は手術ありの場合。食事療養費を除く。

	1日当たり 費用 (万円) ①	入院 日数 (日) ②	入院 費用 (万円) ③=①×②	自己負担 3割 (万円) ③×0.3	高額療養費 制度での 自己負担 (万円)
胃の悪性新生物	5.0	23.2	116.9	35.1	8.9
結腸の悪性新生物	5.7	21.4	121.4	36.4	9.0
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	6.1	25.8	156.9	47.1	9.3
肝及び肝内胆管の悪性新生物	4.8	15.9	76.9	23.1	8.5
気管、気管支及び肺の悪性新生物	4.9	19.7	96.0	28.8	8.7
乳房の悪性新生物	5.3	10.9	57.3	17.2	8.3
子宮の悪性新生物	5.2	16.9	88.1	26.4	8.6
悪性リンパ腫 ※1)	5.5	39.1	216.0	64.8	17.6
白血病 ※2)	6.9	73.0	502.1	150.6	28.3
その他の悪性新生物	4.8	24.1	115.0	34.5	8.9
良性新生物及びその他の新生物	5.9	10.7	62.8	18.8	8.4

※入院日数30日以下の疾病は、入院と退院が同じ月で、月をまたがない仮定

※1)入院日数31日以上の悪性リンパ腫は、入院中日に月をまたいと仮定

※2)入院が3か月にまたがる白血病はある月の初日から入院したと仮定

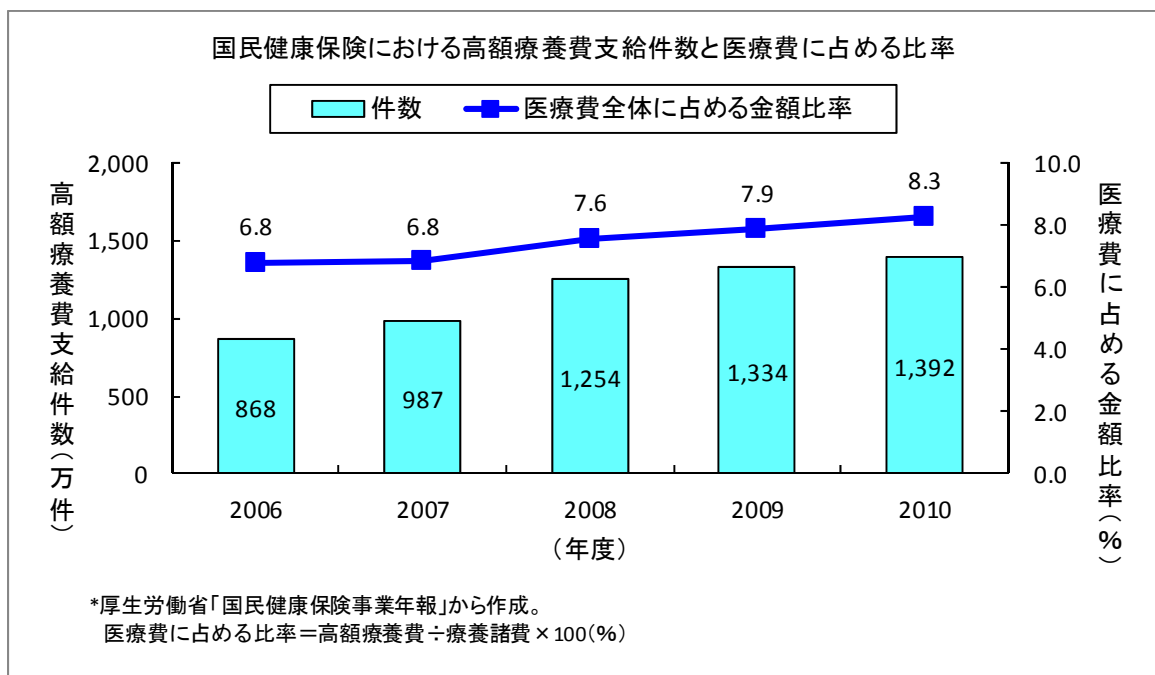
① 厚生労働省「平成22年度 医療給付実態調査報告」

② 厚生労働省「平成23年 患者調査」

高額療養費制度はそもそも現金給付であるが、2002年に70歳以上の入院、2007年に70歳未満の入院、2012年に外来を現物給付化するなどの見直しが行われてきた。近年、高額療養費が医療費に占める割合は年々増加している(図4.1.1)。

ただし現在の高額療養費制度では、自己負担限度額の設定が月単位であり、月の限度額を超えなければ支給されないため、年間ではかなり高額な負担をしなければならないこともある。「社会保障・税一体改革大綱」³⁹で「高額な医療費の負担を少しでも改善する」とされたことから厚生労働省社会保障審議会医療保険部会でこれらの課題の見直しに着手されたものの、財政上の制約などから、今のところ実現していない。

図 4.1.1 国民健康保険における高額療養費支給件数と医療費に占める比率



³⁹ 「社会保障・税一体改革大綱」2012年2月17日 閣議決定
<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kakugikettei/240217kettei.pdf>

4.2. 先進医療（保険外併用療養）

保険診療と、保険に収載されていない先進医療等を同時に受けることを「混合診療」という。日本では混合診療は原則禁止されている。混合診療で問題が発生すると、診療は不可分一体であり保険診療の信頼性も損なわれるためであり、混合診療は全額自費（「保険診療の全額自費＋保険外診療の全額自費」）になる。しかし、保険診療と保険外診療の併用ができるものもある。

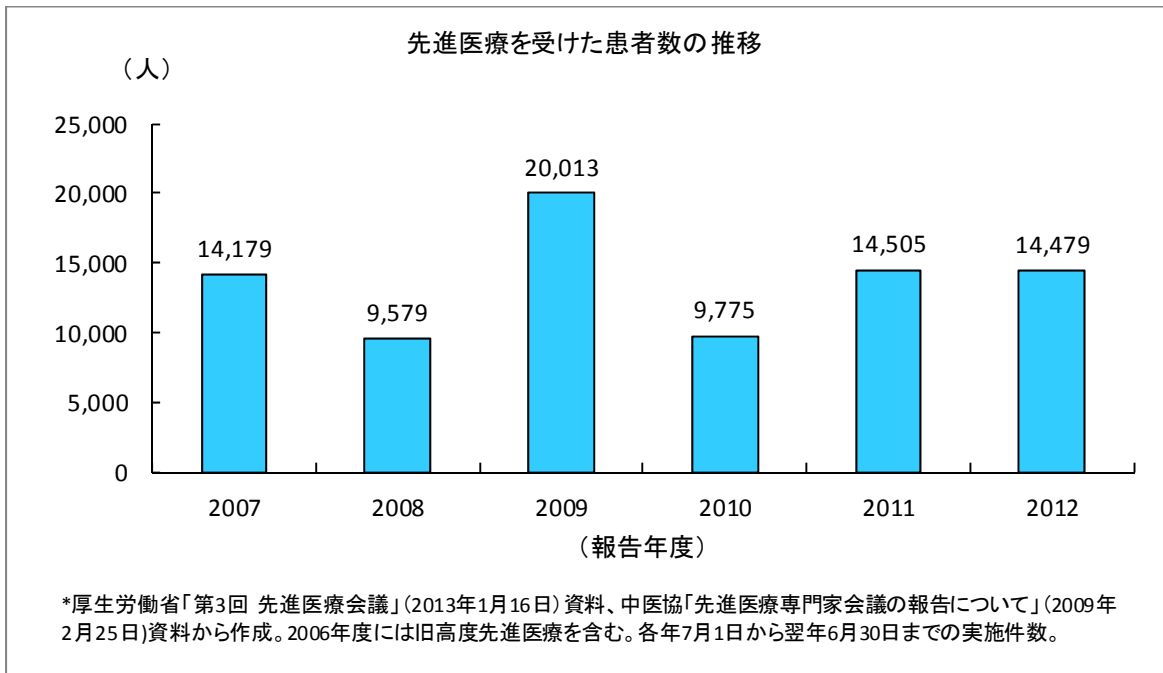
ひとつは、一定の安全性・有効性が確認された先進医療などで、「評価療養」という。陽子線治療、重粒子線治療などがこれにあたる。この場合、患者負担は「保険診療（入院料など）の一部負担＋先進医療の全額自費」になる。もうひとつは保険導入を前提としない差額ベッド料などで、「選定医療」という。この場合も、「保険診療（差額以外の入院料など）の一部負担＋差額ベッド料の全額自費」になる。評価療養も選定療養も高額療養費制度の対象外である。

先進医療を受けた患者数は、2010年度、2011年度は全国で約1万5千人である。年によって変動はあるが、増加傾向は見られない（図 4.2.1）。有効性、安全性、効率性、社会的妥当性が確保された段階で、公的医療保険に収載されているものと推察される。最近では、2012年度に「脊椎腫瘍に対する腫瘍脊椎骨全摘術」「HLA 抗原不一致血縁ドナーからの CD34 陽性造血幹細胞移植」などが保険収載され⁴⁰、民間保険の先進医療給付金支払対象から外れている⁴¹。

⁴⁰ 先進医療専門家会議「既存の先進医療に関する保険導入等について」2012年1月27日、中医協総会資料, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000215yd-att/2r9852000002165j.pdf>

⁴¹ アフラックホームページより http://www.aflac.co.jp/keiyaku/info_senshin.html

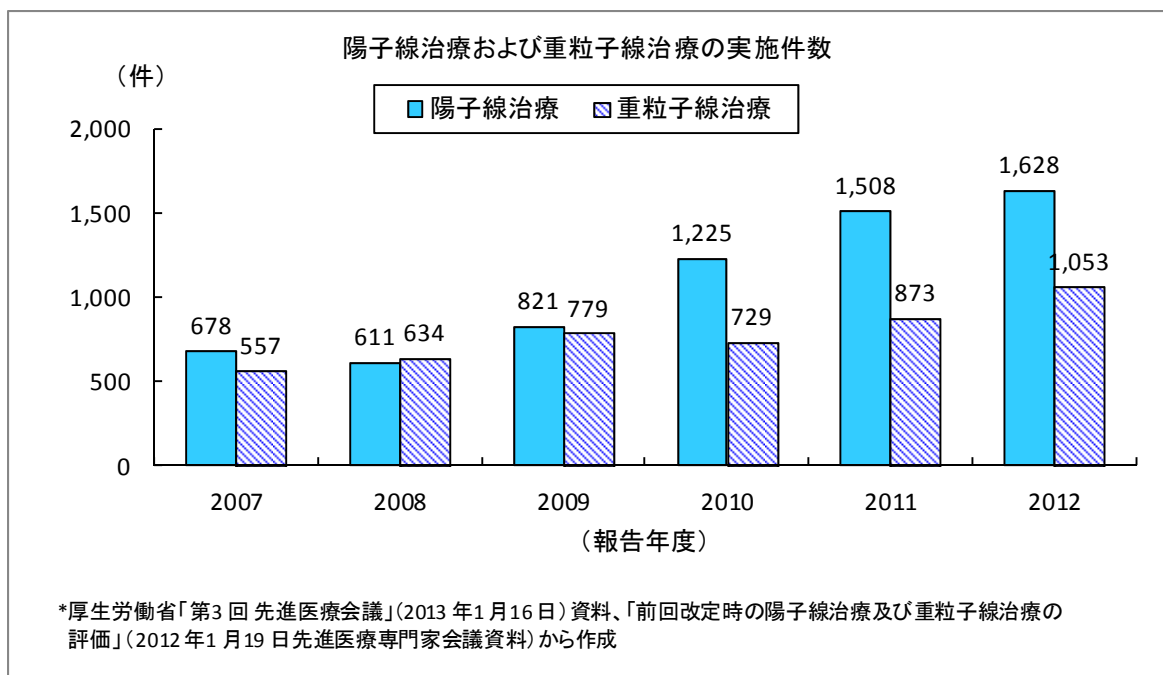
図 4.2.1 先進医療を受けた患者数の推移



民間生保がカバーする先進医療特約で代表的なものは、陽子線治療、重粒子線治療である。2012年度の実施件数は、陽子線治療 1,628 件、重粒子線治療 1,053 件である（図 4.2.2）。先進医療は実施医療機関が限られているため⁴²、増加傾向にはあるが、全国的な広がりを見せているわけではない（全国的に普遍的な医療になった場合には、先進医療を外れて公的医療保険に収載される）。

2012年における1件当たりの先進医療費は、陽子線治療平均 258 万円、重粒子線治療平均 299 万円である⁴³。このほかに入院料や検査、投薬費用等がかかるが、これらの費用は公的医療保険から給付される。

図 4.2.2 陽子線治療および重粒子線治療の実施件数



⁴² 実施医療機関数は、陽子線治療は 7 施設、重粒子線治療は 3 施設

厚生労働省「先進医療を実施している医療機関の一覧」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kikan02.html>

⁴³ 厚生労働省「第3回 先進医療会議」資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002svrl-att/2r9852000002svwy.pdf> より計算。

陽子線治療：総額 4,200,541,000 円 ÷ 1,628 件 ≒ 258 万円

重粒子線治療：総額 3,148,618,000 円 ÷ 1,053 件 ≒ 299 万円

最近承認された先進医療では、保険給付されない先進医療部分の費用（自己負担）は、10 数万円から 200 万円程度である（表 4.2.1）。先進医療部分が 100 万円以上の場合には、その一部が実施医療機関の研究費からまかなわれ、患者負担は数十万円になるケースもある。

表 4.2.1 最近承認された先進医療

	保険給付されない費用 (先進医療に係る費用)	保険給付される費用 (保険外併用療養費) (7割)	保険外併用療養費分 に係る一部負担金 (3割)
頭頸部NKT療法	36万5千円	2千円	1千円
自己培養口腔粘膜 上皮細胞シート移植 術	194万円 (患者負担分55万円)	83万円	32万5千円
食道アカラシア等に 対する経口内視鏡的 筋層切開術	15万7千円	33万4千円	14万3千円
MEN1 遺伝子診断	12万2千円	66万2千円	28万4千円
解離性大動脈瘤に 対するステントグラ フト内挿術	105万5千円 (患者負担分30万円)	153万8千円	66万円

*中央社会保険医療協議会総会資料「先進医療会議の検討結果の報告について」から作成

4.3. 差額ベッド

本稿の趣旨とは外れるが、差額ベッドなどアメニティのために民間保険に加入することもあるかと思われる。そこで差額ベッド⁴⁴についても概観しておく。

差額ベッド1人室は、2011年には全国の病床数の9.6%であり、過去5年間、その割合は微増している（図 4.3.1）。

差額ベッド料は、1人室で1日平均7,539円、2人室で3,048円である（図 4.3.2）。民間保険の中には入院給付金を1日1万円、1日5,000円に設定しているものがあるが、差額ベッド料に対応する金額という見方もできるかもしれない。

⁴⁴ 差額ベッド（特別の療養環境）の要件は次のとおり。

① 特別の療養環境に係る一の病室の病床数は4床以下であること。② 病室の面積は1人当たり6.4平方メートル以上であること。③ 病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。④ 少なくとも下記の設備を有すること。ア個人用の私物の収納設備、イ個人用の照明、ウ小机等及び椅子

厚生労働省 保医発 0326 第5号 2012年3月26日

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/9-4.pdf>

図 4.3.1 全国の病床数の内訳推移

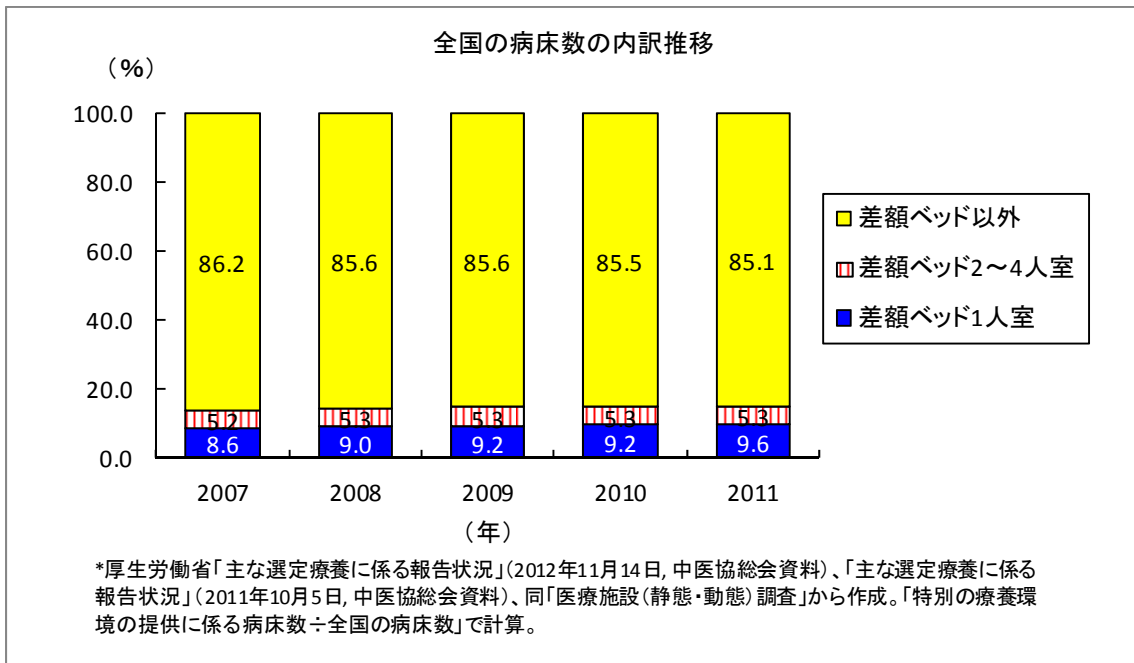
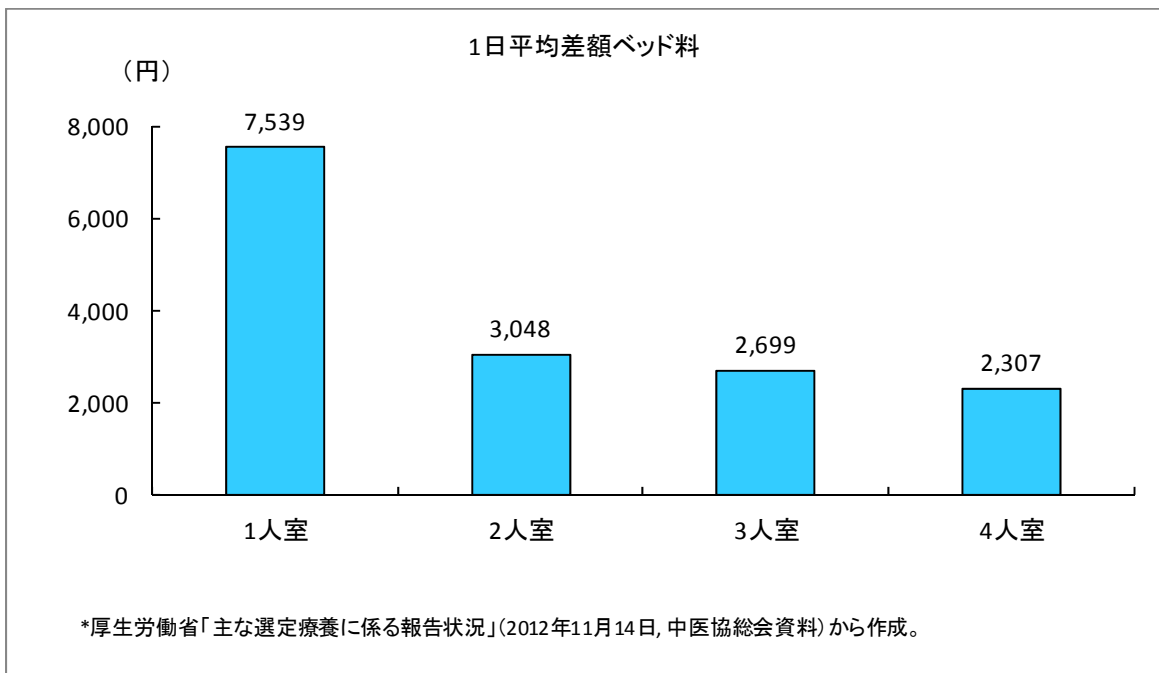


図 4.3.2 1日平均差額ベッド料



5. おわりに

民間保険が、公的医療保険と同様の新商品販売に乗り出そうとしている。国民は公的医療保険、民間保険それぞれの役割を理解していると思われるので、民間新商品が発売されても、急速に民間依存が進むわけではないと考える。しかし、こうした動きが、将来、公的医療保険を揺るがす蟻の一穴にならないと完全に断言できるものでもない。

国民皆保険を堅持するためには、公的医療保険と民間保険が相互補完しながら、共存していくことが重要である。民間保険へ過度の依存、ひいては所得によって受けられる医療に格差がもたらされることを抑止している仕組みが、公的医療保険下の高額療養費制度や先進医療等の保険外併用療養であると考えられる。

高額療養費制度については、現在の月単位での限度額設定という仕組みのままでは、それを超えなければ支給されず、年間の負担が重くなるケースがある。「社会保障・税一体改革大綱」（2012年2月）では、こうした課題を改善するとされている。先進医療等については、有効性、効率性、社会的妥当性が確保された時点で、今後も適切に保険収載していくことが必要である。

いずれも財源の確保が課題になるが、公的医療保険と民間保険の共存のためにも、民間保険の加入率が高い高所得者層が公的医療保険サイドでも応分の負担をすることが肝要だと考える⁴⁵。具体的には、公的医療保険では一定の年収または所得を超えると保険料が一定になるが⁴⁶、保険料上限を見直し、累進制を高めることなどが考えられる。

また、高額療養費制度や先進医療の現状について、国民に知ってもらうことも必要である。国としての周知はもちろん、民間生保も契約前から社会保障制

⁴⁵ 少し古い旧郵政総合研究所「金融機関利用調査」（2005年）によれば、生命保険への加入率は、年収が上がるほど高くなる傾向が見られる。

http://www.yu-cho-f.jp/research/old/research/kinyu/kikan_01.html

⁴⁶ 被用者保険の標準報酬月額上限は121万円、標準賞与額上限は年度累計540万円。

度について積極的に説明しているところがあるが、そういった取り組みが広がることを期待したい⁴⁷。

⁴⁷ たとえば、明治安田生命は「社会保障制度ご説明ブック」を提供している。

6. 参考文献

各省庁関連資料、各社ホームページ、新聞記事等については各ページの脚注に記した。脚注も含めて URL は 2013 年 5 月 7 日にアクセスしたものである。

- 株式会社 保険研究所「インシュアランス 生命保険統計号」
- 社団法人 生命保険協会「生命保険事業概況」
<http://www.seiho.or.jp/data/statistics/summary/>
- 社団法人 生命保険協会「生命保険会社のディスクリージャー～虎の巻 2011 年版」
<http://www.seiho.or.jp/data/publication/tora/>
- 社団法人 生命保険協会「生命保険の動向（2012 年版）」
<http://www.seiho.or.jp/data/statistics/trend/>

- 厚生労働省「平成 17 年版 厚生労働白書」
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/>
- 厚生省（当時）「平成 7 年版 厚生白書」
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199501/b0077.html>
- 厚生労働省「平成 22 年度 国民健康保険事業年報」
- 全国健康保険協会「平成 23 年度 財務諸表」
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/migration/g7/cat710/sb7060/20120809-140418.pdf>

- 「戦後の保険事業と保険行政の歩み」 財政金融統計月報第 431 号, 1988 年 3 月
https://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou/g431/431_c.pdf
- 「戦後の保険事業と保険行政の歩み」 財政金融統計月報第 551 号, 1998 年 3 月
https://www.mof.go.jp/pri/publication/zaikin_geppo/hyou/g551/551_c.pdf
- 旧郵政総合研究所「金融機関利用調査 第 9 回調査 (H17)」
http://www.yu-cho-f.jp/research/old/research/kinyu/kan_01.html